



Imię i nazwisko pacjenta: _____

Nr historii choroby: _____ PESEL/Data urodzenia*: _____

Dane przedstawiciela ustawowego (jeśli dotyczy):

Imię i nazwisko: _____ PESEL: _____

Adres: _____ Telefon: _____

FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY PACJENTA NA PRZEPROWADZENIE EWAKUACJI PRZEWLEKŁEGO KRWIAKA PODTWARDÓWKOWEGO NAD LEWĄ/PRAWĄ* PÓŁKULĄ MÓZGU

I. Opis choroby będącej powodem zgłoszenia się pacjenta

Przewlekły krwiak podtwardówkowy to nagromadzenie starej krwi i płynu między oponą twardą a pajęczą, zwykle powstające kilka tygodni po niewielkim urazie głowy, który mógł pozostać niezauważony. W przeciwieństwie do ostrego krwiaka podtwardówkowego, który rozwija się szybko po ciężkim urazie, przewlekła forma rośnie powoli, często u osób starszych lub z zanikiem mózgu, gdzie naczynia krwionośne są bardziej podatne na uszkodzenie. Czynniki ryzyka obejmują wiek powyżej 60 lat, stosowanie leków przeciwzakrzepowych lub alkoholizm.

Objawy mogą być subtelne: stopniowo narastające bóle głowy, zaburzenia koncentracji, osłabienie jednej strony ciała, problemy z mową lub chodem, a czasem zmiany osobowości. W przeciwieństwie do udaru, objawy nasilają się tygodniami i mogą przypominać demencję. W skrajnych przypadkach dochodzi do śpiączki. Diagnostyka opiera się na tomografii komputerowej (TK) lub rezonansie magnetycznym (MRI), które pokazują charakterystyczny, rozlany krwiak po jednej lub obu stronach mózgu.

Leczenie zależy od wielkości krwiaka i objawów. Małe, bezobjawowe zmiany mogą być kontrolowane, ale w przypadku ucisku na mózg wykonuje się zabieg chirurgiczny – najczęściej nawiercenie czaszki i płukanie krwiaka (burr hole), które przynosi szybką poprawę. U pacjentów wysokiego ryzyka stosuje się czasowo odstawienie leków rozrzedzających krew. Rokowanie jest dobre po skutecznym leczeniu, ale nawroty występują u 10-20% chorych, szczególnie u osób starszych lub z zaburzeniami krzepnięcia. Kluczowa jest kontrola neurologiczna po urazach głowy, nawet tych pozornie błahych.

II. Opis przebiegu proponowanej operacji, znieczulenie i oczekiwane korzyści

Zabieg poprzedzony zostanie ogoleniem włosów na głowie. O zakresie golenia włosów decyduje lekarz. Zabieg operacyjny odbywa się w **znieczuleniu ogólnym dotchawiczym** lub w przypadku wyjątkowych wskazań anestezjologicznych, w **znieczuleniu miejscowym**. O szczegółach i zagrożeniach związanych ze znieczuleniem poinformuje Panią/Pana lekarz anestezjolog. Operacja polega na nacięciu powłok czaszki nad miejscem objętym chorobą. W następnej kolejności lekarz nawierci od jednego do kilku otworów trepanopunkcyjnych. Usunięcie krwiaka wymaga otwarcia opony twardej, a następnie torebki krwiaka. Po usunięciu głównej masy krwiaka na powierzchnię kości czaszki bezpośrednio nad otworami trepanacyjnymi lub do przestrzeni podtwardówkowej wprowadzone zostaną dreny. Dreny te będą utrzymane przez 24-48h po operacji. Do czasu usunięcia drenów będzie musiał/a Pan/Pani pozostać w łóżku. Chociaż przebieg zabiegu jest szczegółowo planowany przed operacją, to o ostatecznym przebiegu procedury decyduje śródoperacyjnie lekarz.

Oczekiwane korzyści obejmują:

1) Natychmiastową dekompresję mózgu – zmniejszenie ucisku na tkankę mózgową, co zapobiega niedotlenieniu



Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby:

i trwałemu uszkodzeniu neuronów;

- 2) Ustąpienie objawów neurologicznych – takich jak bóle głowy, zaburzenia świadomości, asymetria ruchowa czy problemy z mową;
- 3) Minimalną inwazyjność procedury – zabieg wymaga jednego lub dwóch małych otworów w czaszce, co ogranicza ryzyko powikłań i przyspiesza gojenie;
- 4) Szybką poprawę stanu zdrowia – większość pacjentów odczuwa znaczną ulgę już w ciągu kilku dni po operacji;
- 5) Zapobieganie groźnym powikłaniom – takim jak obrzęk mózgu, napady padaczkowe czy śpiączka;
- 6) Redukcję ryzyka nawrotu krwiaka – szczególnie przy zastosowaniu drenażu, który usprawnia odpływ płynu;
- 7) Poprawę jakości życia – przywrócenie samodzielności w codziennych czynnościach, np. chodzeniu czy jedzeniu.

(Miejsce na informację graficzną wykorzystywaną w trakcie przekazywania informacji na temat zabiegu)

III. Zalecenia pozabiegowe

Po wyjściu ze szpitala będzie Pan/Pani wymagał/a kontroli ambulatoryjnej, przyjmowania leków przeciwbólowych, higieny rany pooperacyjnej, rehabilitacji. W przypadku pozostawienia pooperacyjnych szwów skórnych na ranie przez okres dłuższy niż obecnie trwająca hospitalizacja, konieczne jest ich usunięcie po całkowitym zagojeniu się rany podczas wizyty ambulatoryjnej w Klinice Neurochirurgii PIM MSWiA lub w Poradni Chirurgicznej.

IV. Opis innych dostępnych metod leczenia

Leczenie zachowawcze

Stosuje się u pacjentów z niewielkim krwiakiem i łagodnymi objawami. Obejmuje monitorowanie stanu neurologicznego oraz kontrolę ciśnienia krwi i czynników krzepnięcia. W przypadku stosowania leków przeciwzakrzepowych rozważa się ich czasowe odstawienie lub modyfikację dawki.

Embolizacja tętnicy oponowej środkowej

Minimalnie inwazyjna procedura wewnątrznaczyniowa, która zamyka naczynia zaopatrujące krwiak, hamując jego dalsze gromadzenie się płynu. Stosowana szczególnie u pacjentów z nawracającymi krwinkami lub wysokim ryzykiem chirurgicznym.

Kraniotomia

Wykonywana w przypadku dużych, zorganizowanych lub wielokomorowych krwinków, które nie poddają się drenażowi przez otwór trepanacyjny. Polega na usunięciu fragmentu kości czaszki i bezpośrednim oczyszczeniu przestrzeni podtwardówkowej. W przypadku nasilonego obrzęku mózgu stanowiącego zagrożenie dla zdrowia i życia Pacjenta, lekarz operujący może podjąć decyzję o nieprzywracaniu kości czaszki do czasu ustąpienia obrzęku mózgu i zmniejszenia ciśnienia śródczaszkowego. Dalszą decyzję o wykonaniu plastyki kości czaszki - operacyjnym przywróceniu ubytku z wykorzystaniem kości własnej lub protezy kości czaszki wykonanej z tworzywa syntetycznego oraz decyzję o konkretnym terminie leczenia, podejmuje lekarz podczas kontrolnej wizyty ambulatoryjnej.

V. Opis powikłań standardowych związanych z proponowaną procedurą medyczną lub operacją

Do powikłań, które mogą pojawić się w trakcie operacji lub w okresie pooperacyjnym należą m.in.:



Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby:

1. Przejściowe lub trwałe zaburzenia neurologiczne: ruchowe (osłabienie siły mięśniowej kończyn) i/lub czuciowe (zaburzenia czucia głębokiego, powierzchownego). W zależności od lokalizacji guza wystąpić mogą także zaburzenia widzenia, zaburzenia funkcji nerwów czaszkowych, czy też zaburzenia stanu świadomości.
2. Po zabiegu operacyjnym mogą wystąpić napady padaczkowe. Dotyczy to zarówno chorych leczonych z powodu padaczki jak i pacjentów, u których do tej pory nie obserwowano napadów padaczkowych. Napady te mogą wystąpić jedynie w okresie pooperacyjnym lub też będą wymagać długotrwałej farmakoterapii.
3. Nawrotowy krwiak podtwardówkowy.
4. Obrzęk mózgu, który może być ograniczony do miejsca operacji lub też przyjąć postać uogólnioną. Jeżeli obecność obrzęku mózgu stanowić będzie zagrożenie dla zdrowia i życia pacjenta lekarz podejmie decyzję o ponownej operacji.
5. Okołooperacyjne powikłania naczyniowe (np.: krwotok z dużych naczyń mózgowych, udar niedokrwieny lub krwotoczny mózgu) mogące spowodować wstąpienie bądź nasilenie się deficytów neurologicznych.
6. Pooperacyjne, przewlekłe bóle głowy. Uczucie zdrętwienia skóry nad miejscem operacji.
7. Infekcje:
 - a) powierzchowne infekcje, powodujące przedłużone gojenie się rany, mogące wymagać stosowania miejscowego lub ogólnego antybiotyków. W niektórych przypadkach także rewizji rany. Zwiększone ryzyko infekcji występuje u osób starszych, otyłych, chorujących na cukrzycę lub chorobę nowotworową, przyjmujących przewlekłe leki sterydowe, u pacjentów ponownie operowanych lub po radioterapii, w przypadku długotrwałych operacji,
 - b) infekcje głębokie - występują rzadziej, a obejmują m.in. ropień nadtwardówkowy, ropień śródmózgowy, zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych i/lub mózgu. Zwiększone ryzyko infekcji występuje u osób starszych, przyjmujących przewlekłe leki sterydowe, u chorych z zastosowanym drenażem zewnętrznym układu komorowego, w przypadku długotrwałych operacji,
 - c) infekcje uogólnione - np. zapalenie płuc, infekcje dróg moczowych lub uogólnione zakażenie krwi. Zwiększone ryzyko infekcji występuje m.in. u osób starszych, otyłych, chorujących na cukrzycę, uogólnioną chorobę nowotworową, przyjmujących przewlekłe leki sterydowe, długotrwale przebywających w pozycji leżącej, z założonym cewnikiem w drogach moczowych czy też z wkłuciem centralnym.
8. Wyciek płynu mózgowo-rdzeniowego. Płynotok ma wpływ na przebieg gojenia się rany oraz zwiększa ryzyko infekcji. Płynotok może wymagać zastosowania zewnętrznego drenażu lędźwiowego lub ponownej operacji. Ryzyko wystąpienia płynotoku jest większe w grupie chorych operowanych po raz kolejny.
9. Zakrzepica żył głębokich mogąca spowodować zatorowość płucną.
10. Zbyt duże i przeszkadzające blizny, które mogą powstawać w przypadku skłonności osobniczych lub komplikacji w procesie gojenia.

Ponadto wystąpić mogą powikłania wynikające z zastosowania środków czy też sprzętu medycznego (np.: uszkodzenia skóry przez środki dezynfekcyjne lub prąd elektryczny, zakażenie wirusem zapalenia wątroby). Pojawić się mogą także powikłania wynikające z długotrwałego leżenia w jednej pozycji w trakcie operacji.

Wyżej wymienione powikłania są znanymi efektami niepożądanymi, które spotykano w praktyce. Jednak należy mieć świadomość, że na skutek zabiegu mogą zdarzyć się inne powikłania, trudne do przewidzenia, czy nawet zupełnie niespodziewane.

Większość wymienionych powikłań może wymagać dalszych operacji lub leczenia, może być przyczyną trwałego uszczerbku na zdrowiu lub śmierci.

VI. Opis zwiększonego ryzyka powikłań w związku ze stanem zdrowia pacjenta

Cukrzyca

Cukrzyca zwiększa ryzyko operacyjne poprzez zaburzenia gojenia ran i większą podatność na infekcje. Wysoki poziom glukozy we krwi osłabia układ odpornościowy i uszkadza naczynia krwionośne, co utrudnia walkę z zakażeniami oraz dostarczanie składników odżywczych do tkanek. Dodatkowo cukrzyca może prowadzić do neuropatii (uszkodzenia nerwów), co utrudnia kontrolę bólu po operacji. Ryzyko powikłań sercowych lub nerkowych również rośnie.

Nadciśnienie tętnicze

Nieleczone lub źle kontrolowane nadciśnienie obciąża serce i naczynia krwionośne, zwiększając ryzyko krwawień podczas operacji lub nagłych skoków ciśnienia. Może to prowadzić do zawału serca, udaru lub uszkodzenia nerek.



Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby:

Anestezjologodzy muszą ostrożnie dobierać leki, by uniknąć niebezpiecznych wahań ciśnienia, które destabilizują pracę mózgu i innych narządów.

Migotanie przedsionków

Migotanie przedsionków sprzyja powstawaniu skrzepów krwi w sercu, które mogą oderwać się podczas operacji i spowodować zator (np. udar). Pacjenci przyjmujący leki rozrzedzające krew (np. warfaryna) są narażeni na krwawienia śródoperacyjne. Dodatkowo arytmia może nasilać niewydolność serca, utrudniając utrzymanie stabilnego krążenia podczas zabiegu.

Przebyty udar niedokrwieny

Udar w przeszłości oznacza zwiększone ryzyko kolejnego udaru podczas operacji, zwłaszcza przy spadkach ciśnienia lub zaburzeniach krzepnięcia. Uszkodzone obszary mózgu mogą gorzej tolerować niedotlenienie lub wahania przepływu krwi. Ponadto pacjenci po udarze często mają miażdżycę lub choroby serca, które dodatkowo podnoszą ryzyko powikłań sercowo-naczyniowych.

Insulinooporność zwiększa ryzyko infekcji ran oraz problemów z gojeniem, a także utrudnia kontrolę poziomu cukru we krwi po operacji, co wymaga ścisłej współpracy z diabetologiem.

Astma może prowadzić do trudności w utrzymaniu drożności dróg oddechowych pod wpływem znieczulenia, zwłaszcza przy użyciu substancji drażniących oskrzela, co wymaga dostosowania technik anestezjologicznych.

Niedoczynność tarczycy spowalnia metabolizm organizmu, co może wydłużać czas eliminacji leków i regeneracji po zabiegu, a także nasilać uczucie zmęczenia.

Jaskra wiąże się z ryzykiem wzrostu ciśnienia wewnątrzgałkowego podczas długotrwałego leżenia na brzuchu (częstej pozycji w operacjach kręgosłupa) lub po podaniu leków wpływających na ciśnienie, takich jak kortykosteroidy.

Zwapienia w płucach ograniczają wydolność oddechową, co jest szczególnie istotne przy znieczuleniu ogólnym.

Dyslipidemia (np. wysoki cholesterol) zwiększa ryzyko zakrzepicy, miażdżycy i innych powikłań sercowo-naczyniowych, które mogą destabilizować przebieg operacji i rekonwalescencji.

Żylaki kończyn dolnych predysponują do powstania zakrzepów żylnych po zabiegu, zwłaszcza przy długim unieruchomieniu.

Każdy z tych stanów wymaga indywidualnego planowania operacji, ścisłej współpracy z anestezjologiem oraz czasem odroczenia zabiegu do poprawy kontroli choroby.

(Miejsce w formularzu do indywidualnego wypełnienia przez lekarza opiekującego się pacjentem)

Ryzyko powikłań

[] małe

[] średnie

[] duże

VII. Opis prognozy pooperacyjnej i powikłań odległych

Prognoza pooperacyjna

Większość pacjentów po skutecznym drenażu krwiaka podtwardówkowego doświadcza znaczącej poprawy – objawy neurologiczne (ból głowy, osłabienie mięśniowe, zaburzenia mowy) ustępują w ciągu kilku dni do tygodni. Pełna regeneracja funkcji mózgu zależy od czasu trwania ucisku przed zabiegiem: im szybsza interwencja, tym lepsze rokowanie. U osób starszych lub z zanikiem mózgu powrót do pełnej sprawności może być wolniejszy, ale często możliwy. Nawroty występują u 10-20% chorych, zwłaszcza przy utrzymujących się czynnikach ryzyka (np. przewlekłe stosowanie antykoagulantów).



Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby:

Powikłania odległe

1. Nawrót krwaka – najczęstsze powikłanie, wymagające ponownej interwencji (drenaż lub kraniotomia).
2. Przewlekły podtwardówkowy płyn (hygroma) – gromadzenie się przejrzystego płynu w miejscu krwaka, które może wymagać drenażu.
3. Padaczka – rzadko, ale możliwa jako skutek podrażnienia kory mózgowej przez krwaka lub blizny pooperacyjne.
4. Utrwalone deficyty neurologiczne – np. osłabienie kończyn, zaburzenia równowagi lub pamięci, jeśli ucisk trwał zbyt długo.
5. Zakażenia – np. zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych lub ropień mózgu, szczególnie przy niewłaściwej pielęgnacji rany pooperacyjnej.
6. Pogorszenie funkcji poznawczych – głównie u starszych pacjentów z wcześniejszymi zmianami neurodegeneracyjnymi.
7. Powikłania związane z ponownym rozprężeniem mózgu – np. krwaka naprężeniowy (tension pneumocephalus) lub przetoka płynu mózgowo-rdzeniowego.

Ryzyko odległych powikłań

☒ [X] małe

☐ [] średnie

☐ [] duże

VIII. Opis możliwych następstw rezygnacji z proponowanego leczenia

Rezygnacja z leczenia przewlekłego krwaka podtwardówkowego grozi postępującym uciskiem mózgu, który prowadzi do nasilenia objawów: uporczywych bólów głowy, zaburzeń świadomości (w tym śpiączki), a nawet trwałego uszkodzenia nerwowego, takiego jak niedowład połowy ciała lub utrata zdolności mówienia. Długotrwały ucisk może spowodować niedotlenienie i martwicę tkanki mózgowej, a także nagłe powikłania – np. napady padaczkowe lub przepuklinę pnia mózgu, zagrażającą życiu. Nieleczony krwaka zwiększa ryzyko zgonu z powodu niewydolności oddechowej lub krążeniowej. U pacjentów starszych często dochodzi do nieodwracalnego pogorszenia funkcji poznawczych, przypominającego demencję, oraz utraty samodzielności. Nawet przy łagodnych objawach brak interwencji może skutkować przejściem krwaka w formę zorganizowaną, trudniejszą do leczenia, a długotrwała opieka nad chorym generuje znaczące obciążenie dla rodziny i systemu zdrowotnego. W przypadku braku poprawy po 2–3 tygodniach obserwacji, operacja staje się koniecznością.

(Miejsce w formularzu do indywidualnego wypełnienia przez lekarza opiekującego się pacjentem)



Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby:

IX. Oświadczenia Pacjenta dot. proponowanej

EWAKUACJI PRZEWLEKŁEGO KRWIAKA PODTWARDÓWKOWEGO NAD LEWĄ/PRAWĄ* PÓLKULĄ MÓZGU

W dniu ____/____/____/ lekarz
przeprowadził/a ze mną rozmowę wyjaśniającą na temat **proponowanego zabiegu ewakuacji przewlekłego krwaka podtwardówkowego nad lewą/prawą* półkulą mózgu.**

Oświadczam, że miałem/am wystarczający czas na zapoznanie się z informacją zawartą w niniejszym formularzu, zapoznałem/am się z nią i ją zrozumiałem/am, zrozumiałem/am także wyjaśnienia lekarza, zostałem/am wyczerpująco poinformowany/a o celu i przebiegu operacji oraz ryzyku powikłań jej wykonania albo możliwych następstwach rezygnacji z proponowanego leczenia, miałem/am możliwość zadawania dodatkowych pytań, na które uzyskałem/am wyczerpujące odpowiedzi.

Lekarz poinformował mnie również o tym, że przebieg, ryzyko powikłań oraz efekty operacji nie są identyczne w przypadku każdego pacjenta.

Udzielono mi również rzetelnej informacji na temat wszelkich następstw i powikłań jakie mogą wystąpić w związku z niezastosowaniem się do wskazań lekarza po operacji.

Jeżeli ma Pan/Pani jeszcze jakieś pytania dotyczące proponowanej operacji prosimy o ich wpisanie poniżej:

Przed rozpoczęciem operacji udzieliłem/udzieliłam pełnych i prawdziwych informacji na pytania, które lekarz zadawał mi w trakcie wywiadu lekarskiego odnośnie:

- mojego stanu zdrowia,
- wszelkiego typu alergii,
- trwającej terapii chorób przewlekłych,
- istnienia/braku ciąży,
- przyjmowanie leków,
- przebytych zabiegów i urazów.

data

czytelny podpis Pacjenta

data

czytelny podpis Przedstawiciela
ustawowego Pacjenta

Prosimy o podanie ewentualnych zastrzeżeń i uwag dotyczących opisanych powyżej informacji:

data

czytelny podpis Pacjenta

data

czytelny podpis Przedstawiciela
ustawowego Pacjenta



Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby:

W związku z powyższym:

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie zaproponowanej operacji ewakuacji przewlekłego krwiaka podtwardówkowego nad lewą/prawą* półkulą mózgu.

Zostałem/am poinformowany/a, że udzielona przeze mnie zgoda może być w każdej chwili cofnięta.

data i godzina

czytelny podpis Pacjenta

data i godzina

czytelny podpis Przedstawiciela
ustawowego Pacjenta

Nie wyrażam zgody na przeprowadzenie zaproponowanej operacji ewakuacji przewlekłego krwiaka podtwardówkowego nad lewą/prawą* półkulą mózgu.

Jednocześnie oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji dla mojego zdrowia i życia, które obejmują w szczególności:

Uzasadnienie odmowy

(Miejsce w formularzu do indywidualnego wypełnienia przez pacjenta/przedstawiciela ustawowego i ewentualnego wskazania uzasadnienia odmowy wyrażenia zgody na przeprowadzenie ewakuacji przewlekłego krwiaka podtwardówkowego nad lewą/prawą półkulą mózgu. Podanie uzasadnienia jest dobrowolne.)*

data i godzina

czytelny podpis Pacjenta

data i godzina

czytelny podpis Przedstawiciela
ustawowego Pacjenta



Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby:

X. Oświadczenie lekarza

Oświadczam, że:

przedstawiłem/am pacjentce/pacjentowi planowany sposób leczenia zgodnie z prawdą i posiadaną wiedzą medyczną. Udzieliłem/am informacji umożliwiających świadome wyrażenie zgody bądź świadomą odmowę na udzielanie świadczeń zdrowotnych oraz poinformowałem o możliwych zagrożeniach i powikłaniach, które mogą wystąpić w przebiegu lub wyniku proponowanej procedury medycznej oraz udzieliłem odpowiedzi na jej/jego pytania. Poinformowałem pacjentkę/pacjenta o negatywnych konsekwencjach niewyrażenia zgody na zaproponowaną operację.

Z uwagi na stan pacjenta powyższe informacje nie zostały mu przekazane*.

_____ data

_____ oznaczenie lekarza udzielającego wyjaśnień
i odbierającego oświadczenie (pieczętka i podpis)

Pacjent nie jest w stanie złożyć oświadczenia o wyrażeniu zgody / odmowie wyrażenia zgody w formie pisemnej z powodu:

Pacjent złożył oświadczenie o wyrażeniu zgody/odmowie wyrażenia zgody* **na przeprowadzenie zaproponowanej ewakuacji przewlekłego krwaka podtwardówkowego nad lewą półkulą mózgu** w następujący sposób:

Oświadczenie zostało złożone w sposób dostatecznie jasny.

_____ data i godzina

_____ oznaczenie lekarza odbierającego
oświadczenie (pieczętka i podpis)

_____ miejsce na ewentualny podpis osoby trzeciej
obecnej przy składaniu oświadczenia

Uzyskano zgodę sadu opiekuńczego **na przeprowadzenie ewakuacji przewlekłego krwaka podtwardówkowego nad lewą półkulą mózgu.**

(Miejsce w formularzu do indywidualnego wypełnienia przez lekarza i wskazania przyczyny uzyskania zgody zastępczej, danych sądu, daty i miejsca wydania, sygnatury postanowienia oraz jego zakresu):

_____ data

_____ pieczętka i podpis lekarza